

Prijevremena ejakulacija – dijagnostika i liječenje

Premature ejaculation – diagnosis and treatment

Vladimir Mozetič^{1*}, Goran Arbanas², Dean Markić³

Sažetak. Prijevremena ejakulacija jedan je od vrlo čestih seksualnih problema muškaraca. Tegobom su zahvaćena oba partnera te rješavanju problema treba pristupiti što ranije. Urolozi su dio multidisciplinarnog tima koji sačinjavaju psihijatri, psiholozi, psihoterapeuti, seksolozi, endokrinolozi, liječnici obiteljske medicine i educirane medicinske sestre. S obzirom na etiologiju te moguće dijagnostičke i terapijske metode jedino takav pristup, uz aktivno sudjelovanje pacijenta i njegove partnerice, može dovesti do zadovoljavajućeg rezultata. U članku se opisuju etiologije i tipovi te metode dijagnostike i liječenja prijevremene ejakulacije.

Cljučne riječi: dijagnostika; liječenje; prijevremena ejakulacija

Abstract. Premature ejaculation is one of the most common sexual problems of men. Annoyances are affected by both partners, and solving the problem should be approached as soon as possible. Urologists are part of a multidisciplinary team made up of psychiatrists, psychologists, psychotherapists, sexologists, endocrinologists, family doctors and trained nurses. Since the etiology and possible diagnostic and therapeutic methods, only approach with the active participation of the patient and his partner can lead to satisfactory results. This article describes the etiology and types, as well as diagnostic methods and treatment of premature ejaculation.

Key words: diagnosis; premature ejaculation; treatment

¹ Dom zdravlja Primorsko-goranske županije, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka

² Zavod za forenzičku psihijatriju, Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb

³ Klinika za urologiju, KBC Rijeka, Rijeka

***Dopisni autor:**

Doc. dr. sc. Vladimir Mozetič, dr. med.
Dom zdravlja Primorsko-goranske županije
Krešimirova 52a, 51 000 Rijeka
e-mail: vladimir.mozetic@ri.t-com.hr

<http://hrcak.srce.hr/medicina>

UVOD

Iako često zanemarivan ili nedovoljno istican, jedan od najčešćih seksualnih poremećaja kod muškaraca je prijevremena ejakulacija (PE)^{1,2}. S obzirom na multifaktorijalnost uzroka poremećaja, koji osim organskih često obuhvaćaju psihološke, kulturološke i socijalne čimbenike, u dijagnostici i liječenju sudjeluje tim koji najčešće sačinjavaju psihijatar, urolog, endokrinolog, klinički farmakolog, psiholog i educirana medicinska

Prijevremena ejakulacija jedan je od češćih seksualnih problema u muškaraca. S obzirom na moguće široke etiološke čimbenike timski pristup dijagnostici i liječenju temelj je uspješnog savladavanja tegoba.

sestra³. PE dijelimo na pravi PE te promjenjivi i subjektivni PE. Pravom prijevremenom ejakulacijom označava se redovito trajanje vremena intravaginalne latencije ejakulacije (engl. *intravaginal ejaculatory latency time*; IELT) kraćim od jedne minute. Drugi oblici seksualnog odnosa (oralni ili analni seks te masturbacija) ne uzimaju se u navedeni kriterij. Promjenjivi PE je onaj kod kojeg se ejakulacija u vremenu kraćem od minute javlja povremeno i neredovito, uz subjektivni osjećaj smanjene kontrole nad ejakulacijom, i smatra se prirodnom varijacijom. Subjektivni PE obilježava dojam brze ejakulacije uz osjećaj nemogućnosti odgađanja ejakulacije, iako je IELT duži od jedne minute⁴.

Razlike u procjenama prevalencije PE-a su velike⁵⁻⁷. No, ako se kao kriterij koristi IELT, vrijednosti prevalencije su između 1 – 3 %⁸.

Znajući da se osim kontinuiranog PE-a on može pojavljivati povremeno ili je na razini subjektivnosti, zajedničku prevalenciju PE-a imamo u 20 – 25 % muškaraca, neovisno o životnoj dobi⁹. Svakako je zanimljivo primijetiti da je prevalencija PE-a u odnosu na erekcijsku disfunkciju viša.

U istraživanjima europskih autora i pri promatranju prevalencije tijekom života, raspon prevalencije je između 18 i 30 %^{5,7}. Jedno od istraživanja u Republici Hrvatskoj pokazalo je da 13,9 % ispitanika navodi da u posljednjih mjesec dana ima problema s prijevremenom ejakulacijom⁶.

DIJAGNOZA

U postavljanju dijagnoze PE-a danas se najčešće koriste kriteriji koje je postavilo Međunarodno društvo za seksualnu medicinu i kriteriji Američke psihijatrijske udruge – Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-5)^{8,10}. Ključno je postojanje IELT-a unutar jedne minute, utjecaj PE-a na psihološko stanje pojedinca te isključivanje drugih psihičkih, farmakoloških ili organskih poremećaja¹⁰.

Ključni alat pri postavljanju dijagnoze PE-a je pravilno uzeta anamneza koja uključuje pitanja o dužini IELT-a, prisutnosti subjektivnog osjećaja kontrole ejakulacije i postojanju negativnih posljedica koje se prvenstveno tiču unutarnjeg osjećaja pacijenta i odnosa s partnerom¹¹. Također treba doznati kada se javio PE (kod prvog ili kasnijih odnosa, je li prisutna i erekcijska disfunkcija, imaju li druge okolnosti utjecaj na nastanak tegobe, postojanje komorbiditeta ili uzimanje određenih lijekova).

Za sada ne postoje druge dijagnostičke pretrage kojima bi se PE dokazao¹²⁻¹⁶. Potrebno je procijeniti kada u obradu uključiti i partnericu, s obzirom na to da zajednički pristup rješavanju tegobe može biti od iznimne koristi¹⁷.

U dijagnosticiranju PE-a mogu se koristiti i strukturirani upitnici (npr. Premature Ejaculation Profile, Index of Premature Ejaculation, Arabic index of premature ejaculation, Male Sexual Health Questionnaire Ejaculatory Dysfunction, Chinese Index of Premature Ejaculation, Premature ejaculation diagnostic tool) koji olakšavanju dijagnosticiranje i, što je dodatno značajno, praćenje učinka terapije kod pacijenta¹⁸⁻²⁰.

Navedeno potvrđuje da procjena stanja pacijenta s PE-om, treba biti multidisciplinarna, te se po postavljanju dijagnoze treba konzultirati s drugim specialistima zbog procjene optimalnog pristupa liječenju i praćenju³.

LIJEČENJE

Liječenje PE-a provodi se bihevioralnim i kognitivnim, farmakološkim, topičkim ili kirurškim metodama, kao i kombinacijama navedenoga. Hrvatske smjernice za dijagnostiku, liječenje i praćenje osoba s prijevremenom ejakulacijom preporučuju liječnicima, psiholozima i medicinskim sestrama

postavljanje pitanja „Imate li kakvih seksualnih problema?” tijekom uzimanja anamneze²¹⁻²⁴.

Ako se ustanovi prisutnost drugog oboljenja, pristupa se najprije njegovu liječenju, a zatim liječenju PE-a²⁵.

Farmakološko liječenje

Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPSi)

Dokazano je da sprječavanje ponovne presinaptičke pohrane serotonina omogućava bolju kontrolu ejakulacije. Serotonin kao jedan od neurotransmitera ima inhibitornu ulogu u neuralnoj kontroli ejakulacije. Neurotransmisija serotonina se lokalno regulira putem sustava transportera ponovne pohrane serotonina (5-HTT) kada se serotonin otpusti, transportni sustav se aktivira i uklanja serotonin iz sinaptičke pukotine sprječavajući prejak stimulaciju postsinaptičkih serotoninских receptora. SIPPS-i inhibiraju ponovnu pohranu serotonina u presinaptički završetak, pa posljedično povećavaju razinu serotonina u sinaptičkoj pukotini i na postsinaptičkom završetku²⁶.

Dapoksetin

Dapoksetin je trenutno jedini lijek u Hrvatskoj koji kao indikaciju za liječenje ima PE. On je brzo djelujući SIPPS kratkog vremena poluživota. Uzima se isključivo po potrebi, 1 – 3 sata prije seksualnog odnosa. Produžuje IELT 2, 5 do 4 puta. Liječenje se započinje dozom od 30 mg²⁷⁻²⁹.

Drugi sporodjelujući SIPPS-i, poput paroksetina, citaloprama, fluoksetina, sertralina i escitaloprama nemaju službenu indikaciju, iako su pokazali određene rezultate u liječenju PE-a, prvenstveno tijekom liječenja osnovne bolesti^{30,31}.

Lokalni anestetici

Lokalni anestetici (lidokain ili prilokain), uz korištenje zaštite tijekom odnosa zbog partnerice, smanjenjem osjetljivosti glansa usporavaju ejakulaciju^{28,32}.

Inhibitori fosfodiesteraze tipa 5 (PDE5i)

Nije dokazano da PDE5i mogu kao monoterapija imati učinak na liječenje PE-a^{30,33}.

Tramadol

Tramadol može odgoditi ejakulaciju, ali ga se zbog mogućih nuspojava može koristiti samo iznimno¹².

Psihoterapija

U psihoterapiji PE-a najčešće se koriste kombinacije psihodinamskog, sistemskog, bihevioralnog i kognitivnog pristupa. Cilj psihoterapije je razvoj seksualnih vještina kojima će se odgoditi ejakulacija, kroz povećanje samouvjerenosti u seksu, smanjivanje anksioznosti, uklanjanje psiholoških i interpersonalnih čimbenika koji mogu potaknuti simptome PE-a. Osobe sa stečenim PE-om mogu imati veću korist od psihoterapije³⁴.

O prijevremenoj ejakulaciji govorimo kada je vrijeme intravaginalne ejakulacije kraće od jedne minute. Javlja se neovisno o životnoj dobi, a prevalencija je viša u odnosu na erektilnu disfunkciju.

Bihevioralne tehnike

Najčešće korištene bihevioralne tehnike za liječenje PE-a su tehnika stiskanja i tehnika stani-kreni. Za obje je zajedničko da je tijekom seksualne aktivnosti potrebno pratiti stupanj seksualnog uzbuđenja, te se tehnika koristi kod dostizanja uzbuđenja srednjeg stupnja³⁵.

Psihoseksualne strategije

Funkcionalno seksološko liječenje je novija metoda liječenja koja uključuje edukaciju o seksualnoj fiziologiji, uz učenje pacijenta na prepoznavanje tjelesnih znakova koji upućuju na stupanj seksualnog uzbuđenja. Te znakove je potrebno pratiti tijekom seksualne stimulacije, mijenjati vrstu seksualne stimulacije, načina disanja, smanjivati mišićnu napetost i na taj način kontrolirati seksualno uzbuđenje³⁶.

Kirurški postupci

S obzirom na to da ne postoje primjereni dokazi o djelotvornosti, osim pojedinačnih pozitivnih primjera nakon frenulotomije, nije indicirana njihova primjena u liječenju PE-a³⁷.

Izjava o sukobu interesa: autori izjavljuju da ne postoji sukob interesa.

LITERATURA

1. Rosing D, Klebingat KJ, Berberich HJ, Bosinski HAG, Loe-wit K, Beier KM. Male sexual dysfunction. Dtsch Arztebl Int 2009;106:821-8.

2. Štulhofer A, Bajić Ž. Prevalence of erectile and ejaculatory difficulties among men in Croatia. *Croat Med J* 2006;47:114-24.
3. Arbanas G, Jurin T, Jurišić-Eržen D, Mimica Matanović S, Mozetič V, Rožman J. Multidisciplinarni pristup prijevremenoj ejakulaciji. Monografija. Zagreb: Hrvatsko društvo za seksualnu terapiju, 2015.
4. Waldinger M. Premature ejaculation: different pathophysiologies and etiologies determine its treatment. *J Sex Marital Ther* 2008;34:1-13.
5. Bancroft J, Herbenick D, Barnes T, Hallam-Jones R, Wylie K, Janssen E et al. The relevance of the dual control model to male sexual dysfunction: the Kinsey Institute/BASRT collaborative project. *Sex Relat Ther* 2005;20:13-30.
6. Štulhofer A, Tiljak H, Gregurović M, Kuti S, Zelenbrz J, Landripet I. Raširenost seksualnih smetnji u uzorku zagrebačkih muškaraca. *Medicina* 2005;42:294-9.
7. Serefoglu EC, McMahon CG, Waldinger MD, Stanley EA, Shindel A, Adaihan G et al. An evidence-based unified definition of lifelong and acquired premature ejaculation: report of the second international society for sexual medicine ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. *J Sex Med* 2014;11:1423-41.
8. Althof SE, McMahon CG, Waldinger MC, Serefoglu EC, Shindel AW, Adaihan PG et al. An update of the International Society of Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation (PE). *J Sex Med* 2014;11:1392-422.
9. Serefoglu EC, Cimen HI, Atmaca AF, Balbay MD. The distribution of patients who seek treatment for the complaint of ejaculation prematurely according to the four premature ejaculation syndromes. *J Sex Med* 2010;7:810-5.
10. Američka psihijatrijska udruga. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2014.
11. Jannini EA, Maggi M, Lenzi A. Evaluation of premature ejaculation. *J Sex Med* 2011;8:328-34.
12. Hatzimouratidis K, Eardley I, Giuliano F, Moncada I, Salonia A. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. European Association of Urology, 2015.
13. Mohee A, Eardley I. Medical therapy for premature ejaculation. *Ther Adv Urol* 2011;3:211-22.
14. Graziottin A, Althof S. What does premature ejaculation mean to the man, the woman, and the couple? *J Sex Med* 2011;8:304-9.
15. Ralph DJ, Wylie KR. Ejaculatory disorders and sexual function. *BJU Int* 2005;98:1181-6.
16. Melnik T, Althof S, Atallah AN, Puga MES, Glina S, Riera R. Psychosocial interventions for premature ejaculation. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;CD008195.
17. Patrick DL, Althof SE, Pryor JL, Rosen R, Rowland DL, Ho KF, McNulty P, Rothman M, Jamieson C. Premature ejaculation: an observational study of men and their partners. *J Sex Med* 2005;2:358-67.
18. Corona G, Jannini E, Maggi M. Inventories for male and female sexual dysfunctions. *Int J Impot Res* 2006;18:236-50.
19. Symonds T, Perelman M, Althof S, Giuliano F, Martin M, May K et al. Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool. *Eur Urol* 2007;52:565-73.
20. Arafa M, Shamloul R. Development and validation of the Arabic index of premature ejaculation (AIPE). *J Sex Med* 2007;4:1750-6.
21. Schein M, Zyzanski SJ, Levine S, Medalie JH, Dickman RL, Alemagno SA. The frequency of sexual problems among family practice patients. *Fam Pract Res J* 1988;7:122-34.
22. Wittenberg A, Gerber J. Recommendations for improving sexual health curricula in medical schools: results from a two-arm study collecting data from patients and medical students. *J Sex Med* 2009;6:362-8.
23. Arbanas G, Jurin T, Mozetič V, Mimica-Matanović S, Rožman J, Markić D et al. Prve hrvatske smjernice za dijagnostiku, liječenje i praćenje osoba s prijevremenom ejakulacijom. *Liječ Vjesn* 2016;138:321-7.
24. Mozetič V, Ružić B, Sotošek S. Andrologija. In: Kvesić A, Paladino J (eds). *Kirurgija*. Zagreb: Medicinska naklada 2016;800-2.
25. Hwa JS, Kam SC, Choi JH, Do JM, Seo DH, Hyun JS. Impact of erectile function and age in men with lower urinary tract symptoms on ejaculatory dysfunction and premature ejaculation. *Int J Impot Res* 2012;24:101-5.
26. Giuliano, Clémén. Pharmacology for the treatment of the premature ejaculation. *Pharmacol Rev* 2012;64:621-44.
27. Buvat J, Tesfaye F, Rothman M, Rivas DA, Giuliano F. Dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial in 22 countries. *Eur Urol* 2009;55:957-67.
28. Hellstrom WJG. Update on treatments for premature ejaculation. *Int J Clin Pract* 2011;65:16-26.
29. Mak S. Medical treatment of premature ejaculation. *The Hong Kong Medical Diary* 2009;14:5-7.
30. Abdel-Hamid IA, El Naggar EA, El Gilany A-H. Assessment of as needed use of pharmacotherapy and the pause-squeeze technique in premature ejaculation. *Int J Impot Res*, 2001;13:41-5.
31. Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B. On-demand treatment of premature ejaculation with clomipramine and paroxetine: a randomized, double-blind fixed-dose study with stopwatch assessment. *Eur Urol* 2004;46:510-5.
32. Busato W, Galindo CC. Topical anaesthetic use for treating premature ejaculation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *BJU Int* 2004;93:1018-21.
33. Asimakopoulos AD, Miano R, Finazzi Agro E, Vespasiani G, Spera E. Does current scientific and clinical evidence support the use of phosphodiesterase type 5 inhibitors for the treatment of premature ejaculation? A systematic review and meta-analysis. *J Sex Med* 2012;9:2404-16.
34. Althof S. The psychology of premature ejaculation: therapies and consequences. *J Sex Med* 2006;3:324-31.
35. Hutchinson K, Cruickshank K, Wylie K. A benefit-risk assessment of dapoxetine in the treatment of premature ejaculation. *Drug Saf* 2012;35:359-72.
36. De Carufel F, Trudel G. Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation. *J Sex Marital Ther* 2006;32:97-114.
37. Basal S, Goktas S, Ergin A, Yildirim I, Atim A, Tahmaz L et al. A novel treatment modality in patients with premature ejaculation resistant to conventional methods: the neuromodulation of dorsal penile nerves by pulsed radiofrequency. *J Androl* 2010;31:126-30.